



EINWILLIGUNGEN

ZUR VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Liebe Patientin, lieber Patient!

Unser Ziel ist es, eine professionelle und reibungslose Behandlung zu gewährleisten. Dazu benötigen wir gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) Ihre explizite Zustimmung zu den nachfolgenden Punkten:

ICH

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

willige ein, dass ZAHNMEDIZIN PASING mich betreffende Behandlungsdaten und/oder Befunde im Rahmen der Behandlung

- bei anderen zahnärztlichen Praxen und/oder bei meinem Hausarzt anfordern darf,
- an andere zahnärztliche Praxen (Mit- und Nachbehandler; z. B. Kieferorthopädie, Oralchirurgie) weitergegeben darf,
- an ein externes Dentallabor zur Herstellung von Zahnersatz weitergeben darf,
- ich per SMS oder E-Mail an meine Termine und sinnvolle Behandlungen erinnert werde,
- folgenden Personen Auskunft über meine Gesundheitsdaten (inkl. Rezepte, AU etc.) erteilt wird.
Ich entbinde ZAHNMEDIZIN PASING dafür von der ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Geburtsdatum der **auskunftsberechtigten Person**

HINWEIS

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen. **Die Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise uns gegenüber und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft schriftlich oder durch E-Mail widerrufen werden.** Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung. Für andere als die genannten Zwecke darf die Zahnarztpraxis Ihre Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten oder nutzen.

München, den

Datum

Unterschrift Patient*in oder Sorgeberechtigte*r

